

Der "entfesselte" zweite Gesundheitsmarkt - und wer prüft die Qualität?

Glaseke, Gerd

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:
SSG Sozialwissenschaften, USB Köln

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Glaseke, G. (2001). Der "entfesselte" zweite Gesundheitsmarkt - und wer prüft die Qualität? ZeS Report, 6(2), 9-10.
<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-380270>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Der „entfesselte“ zweite Gesundheitsmarkt – Und wer prüft die Qualität?

Schon lange gibt es einen Gesundheitsmarkt neben den Leistungsangeboten der gesetzlichen oder privaten Krankenversicherung (GKV und PKV), schließlich werden insgesamt rund 10,3% vom Bruttoinlandsprodukt (BIP), das 1999 ca. 3,9 Billionen DM betrug, für die Gesundheit ausgegeben – also etwa 400 Mrd. DM. Die Ausgaben in der GKV lagen im selben Zeitraum bei etwa 255 Mrd. DM, die für die PKV bei etwa 25 Mrd. DM – über 100 Mrd. DM werden also derzeit schon zusätzlich neben den Krankenversicherungssystemen für medizinische Leistungen in einem Markt ausgegeben, der im Hinblick auf Transparenz noch weniger „greifbar“ ist als der in der GKV. Die Angebote reichen von Wellness und Thalasso bis zur Selbstmedikation mit Arzneimitteln, von Schönheitsoperationen bis zu alternativen Behandlungsmethoden oder Angeboten der Außen-seitermedizin. Mehr und mehr kommen auch Angebote hinzu, die aus den Leistungskatalogen der Krankenversicherungen herausgenommen werden, aktuelles Beispiel ist die Akupunktur, die derzeit für GKV-Versicherte nur noch im Rahmen von Modellvorhaben angeboten werden darf, nachdem zuletzt etwa 70.000 Vertragsärzte diese Methode angewendet haben – Kosten rund 600 Mio. DM pro Jahr. Ebenso aktuell ist auch die Herausnahme der Osteodensitometrie als Screeningverfahren ohne konkrete diagnostische Kontrollfunktion – dieses Verfahren hat die GKV bislang mit etwa 20 bis 25 Mio. DM belastet. Die Folge: Nicht nur in Arztpraxen wird das Verfahren weiter gegen Privatabrechnung angeboten, auch erste Apotheken führen dieses Verfahren bereits zu einem Preis von 65,- DM pro Messung durch. Leistungen werden nun aber keineswegs willkürlich aus dem Katalog der GKV herausgenommen. Wichtiges Kriterium für alle Leistungen, die im Rahmen der GKV angeboten werden, ist vielmehr der Nachweis der Wirksamkeit und des Nutzens der jeweiligen Behandlungsmethode oder Diagnostik. Sie müssen sich am allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis oder des therapeutischen Fortschritts orientieren, der eine bessere Behandlung als bislang ermöglicht, so steht es in den Anforderungen des 5. Sozialgesetzbuches (SGB V) in den §§ 2, 12 und 70.

In einzelnen Fällen sind es allerdings nicht diese Kriterien: So wurde Viagra ausschließlich aus Kostengründen von den GKV-Leistungen ausgeschlossen, obwohl das Mittel bei der erektilen Dysfunktion wirksam ist. Die Konsequenz: Die gesamte „Krankheit“ wurde aus dem Leistungskatalog gestrichen. Ob diese Entscheidung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen „hält“, ist fraglich – zumindest beschäftigen sich derzeit eine Reihe von Sozialgerichten mit diesem „Sündenfall“ einer Leistungsausgrenzung. Herausgenommen werden auch Leistungen, die aus medizinischen Gründen nicht notwendig zur Behandlung von Krankheiten sind – die Negativliste für Arzneimittel (§ 34 SGB V) schließt z.B. Präparate aus, die gegen alltägliche Missbefindlichkeiten oder Bagatellerkrankungen angewendet werden: Reise-

krankheiten oder grippale Infekte sind schließlich keine Krankheiten, die nach § 27 SGB V im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung behandelt werden müssen, sondern der Selbstmedikation vorbehalten bleiben können – entweder mit Arzneimitteln aus der Apotheke oder mit Hausmitteln. Leistungen, die aus den Versicherungssystemen ausgegliedert werden, kommen also zwangsläufig dem zweiten Gesundheitsmarkt zugute, vor allem dann, wenn sie bei den Patientinnen und Patienten wegen der vorangegangenen häufigen Verordnung durch die Experten Ärztinnen und Ärzte bereits eine gewisse Akzeptanz erreicht haben. Man kann sich sogar des Eindrucks nicht erwehren, dass diese „Switches“ von der GKV in einen zweiten Gesundheitsmarkt hochwillkommen sind und von vielen Ärzten sogar gefördert werden. Was kümmert es da, dass umstrittene Verfahren, auch privat liquidiert, weiter umstritten bleiben!

Unser Sachleistungssystem gibt sowohl die Art, den Umfang und die Qualität der Behandlung vor, die den versicherten Patientinnen und Patienten, unabhängig von ihrem gesellschaftlichen Stand und Einkommen, zustehen. Vertragspartner sind in diesem Fall die gesetzlichen Krankenversicherungen einerseits und die Ärzte bzw. deren kassenärztliche Vereinigungen andererseits, die zusätzlich zum Behandlungsauftrag auch das Honorar und die Qualitätssicherung für die jeweilige Leistung vereinbaren – eingeschlossen ist die Möglichkeit der Sanktion, wenn sowohl die Wirtschaftlichkeit als auch die Qualität und die Notwendigkeit des Leistungsumfangs nicht ausreichend berücksichtigt wird. Die Kassen vertreten also die versicherten Patienten, gegenüber den Ärztinnen und Ärzten, nachdem über die GKV ein Anspruch auf Versorgung im Krankheitsfall abgesichert worden ist. So zumindest die Theorie. Dass die Praxis der Versorgung nicht immer den aktuellem Kenntnisstand und die mögliche Qualität in der Versorgung widerspiegelt und dass die kassenärztlichen Vereinigungen auch nicht immer in ausreichender Weise ihrer Verpflichtung nach Qualitätssicherung nachkommen (wie er mit dem Sicherstellungsauftrag verbunden ist), soll gar nicht in Abrede gestellt werden – allein, die rechtlichen Möglichkeiten der Überprüfung medizinischer Leistungen sind vorhanden, Prüfungen auf Effektivität und Effizienz sind ausdrücklich vorgesehen, Sanktionen können ausgesprochen werden (siehe § 106 oder §§ 135 ff des SGB V).

Schon die privaten Krankenversicherungen sind in dieser Beziehung weniger stringent gegenüber den Ärztinnen und Ärzten oder den Krankenhäusern, weil sie mit diesen Versorgungsakteuren keine Verträge abgeschlossen haben, sondern ausschließlich mit ihren Versicherten: Die haben einen Tarif, wissen deshalb, welche Leistungen in welcher Kostenhöhe abgedeckt sind und können für ihre Behandlungen jedwede ärztliche Praxis oder jedes Krankenhaus auswählen – sie zahlen die Rechnungen zunächst individuell und bekommen den jeweiligen Satz ihrer Privatkasse entsprechend den vorher festgelegten Versicherungsbedingungen erstattet. Es kann also durchaus sein, dass Patienten auf bestimmten Kosten „sitzen“ bleiben, wenn die jeweilige private Krankenversicherung

wegen der Versicherungsbedingungen nicht den gesamten anfallenden Betrag übernimmt: Erstattungssysteme haben daher für die Versicherten durchaus ihre Tücken, weil die Ärztinnen und Ärzte, die Krankenhäuser oder andere Behandler nicht mehr von vertraglichen Rahmenbedingungen bestimmt sind, sondern in „direkten Verhandlungen“ mit den Patienten das Leistungsspektrum nach Art und Umfang vorschlagen können. Die Patienten müssen trotz ihrer durch die Krankheit eingeschränkten Souveränität mitentscheiden, wie die Behandlung aussehen soll. Ob aber in solchen Situationen die Behandlung immer auf das Notwendige und Optimale begrenzt bleibt oder vielleicht doch im Sinne der angebotsinduzierten Nachfrage eine Maximalversorgung vorgeschlagen wird, soll dahingestellt sein. Tatsache ist allerdings, dass die privaten Krankenkassen unter erheblichen Ausgabensteigerungen bestimmter Leistungen leiden (z.B. bei Zahnersatz oder bei Arzneimitteln), die keineswegs im Sinne einer rationalen Versorgung notwendig erscheinen. Die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung bleibt im Erstattungssystem der privaten Krankenversicherung völlig ungenügend – Qualitätsmängel müssen vom Patienten geltend gemacht werden, er ist letztlich der Vertragspartner der Ärztinnen oder Ärzte bzw. der Krankenhäuser. Insofern ist mit Erstattungssystemen ein weit geringerer Qualitätsdruck auf die „Leistungserbringer“ verbunden als im Sachleistungssystem, in dem die Krankenkassen als Vertragspartner und als starke Nachfrager-Institutionen auftreten. Dies haben die Privatkassen im übrigen längst erkannt und teilweise die Strategie übernommen, mit „Leistungserbringern“ Verträge abzuschließen, die - wie in der GKV - Anforderungen für Art, Umfang, Notwendigkeit und Qualität enthalten. Qualitätssicherung von den Patienten zu erwarten, ist unrealistisch. Sie bewerten Ärzte und Krankenhäuser nach primär sozialen Kategorien: Freundlichkeit, Kommunikationsfähigkeit, offene Atmosphäre, kurze Wartezeiten – all das kann beurteilt werden. Die Qualität der medizinischen Leistungen dagegen, die Frage, wie das erreichte Behandlungsergebnis zum erreichbaren steht, ob sich die Komplikationsraten im vertretbaren Rahmen bewegt, ob zuviel oder zu wenig Untersuchungen durchgeführt wurden, ob die genannten Alternativen oder Behandlungswege die angemessenen waren – all das ist für Patienten nur schwer beurteilbar, ein Defizitbewusstsein auf Patientenseite ist kaum zu erwarten. Qualitätssicherung bleibt daher im Erstattungssystem ein bislang nicht ausreichend gelöstes Problem – es muss erst zu Kunstfehlern kommen, um Indizien für defizitäre Qualität zu entdecken.

Um wie vieles größer müssen daher die Probleme im zweiten Markt sein, in dem sich nur noch Patienten und Anbieter ohne jede Krankenversicherung gegenüberstehen: In einem solchen System haben Anbieter im Medizinsystem alle Möglichkeiten in der Hand, die Wünsche und Ängste, die Hoffnungen und Präferenzen von Patienten und Gesundheitswilligen zu „bedienen“ – und die Nachfrage für Behandlungswünsche im Zusammenhang mit Gesundheit sind prinzipiell nicht begrenzt: Kein Budget „deckelt“ die finanziellen Erwartungen der Anbieter, kein SGB V definiert Notwendigkeit und Wirt-

schaftlichkeit, eine oftmals falsch verstandene Therapiefreiheit, missgedeutet als Therapeutenfreiheit und Beliebigkeit, negiert geradezu die Anforderungen an eine Qualitätssicherung. Akzeptiert wird allenfalls die Berufsgerichtsbarkeit als Grenzziehung zu Humbug und Scharlatanerie oder vorsätzliche Schädigung. Aber auch davor sind Patientinnen und Patienten nicht gefeit, wie viele Heilsversprechen bei Krebs und AIDS zeigen, die von geschäftstüchtigen Ärztinnen und Ärzten propagiert werden. Andere Angebote im zweiten Gesundheitsmarkt sind bestenfalls überflüssig – die Überzeugungskraft fragwürdiger „Experten“ schafft es dennoch, auch für umstrittene oder unnötige Leistungen einen Markt zu finden.

Der zweite Gesundheitsmarkt gaukelt vor, es gäbe neben der angeblich defizitären Versorgung in der GKV heilbringende Zusatzangebote, wenn es um eine Versorgung geht, die dem herrschenden Kenntnisstand in der Medizin entspricht. Dabei verschafft der zweite Markt in besonders einfacher und durchsichtiger Weise den Anbietern die Chance, das zu erreichen, was sie schon immer wollten: Mehr Geld in das System zu „pumpen“, direkt und ohne Umwege aus den Taschen der Patienten. Ein von Effizienz-, Effektivitäts- und Qualitätsanforderungen „entfesselter“ zweiter Gesundheitsmarkt ist aber nicht nur problematisch für Patienten, er kann auch dann destabilisierend für das gesamte Versorgungssystem der GKV werden, wenn wider alle Vernunft der Eindruck entsteht, dass nur in diesem „zweiten Gesundheitsmarkt“ die wirklich gute und verlässlich fortschrittliche Versorgung für diejenigen angeboten wird, die sich die Ausgaben in diesem Bereich leisten können – der Zweite Markt wird damit zum Motor für eine Zwei-Klassen-Medizin und alle, die diesen Markt beschleunigt erweitern wollen, müssen sich den Vorwurf gefallen lassen, an dieser Destabilisierung aktiv mitzuwirken. Die GKV sollte daher vor allem die Strategie der organisierten Qualitätssicherung und der verlässlichen Versorgungszusage verstärken – dies ist der unbestreitbare Mehrwert für die nahe Zukunft, wenn Beitragssatzsteigerungen viele Versicherte belasten werden. Defizite in der Versorgungsqualität, wie sie der Sachverständigenrat gerade an vielen Beispielen dargestellt hat, schwächen das Vertrauen in den ersten Markt und bieten „Verführern“ für den zweiten Markt erhebliche Chancen. Der „Zweite Markt“ ist aber keine Alternative für eine bessere Versorgung – er ist nur das Feld für die „entfesselten“ ökonomischen Interessen der Anbieter, bestenfalls nur teuer, schlechtestenfalls auch noch überflüssig und gefährlich!

Gerd Glaseke

Telefon: 0421/218-4401

E-mail: gglaeske@zes.uni-bremen.de